

## 今日を受診された理由を下記にお願いします

年 月 日

フリガナ		予約番号		診察券番号	
お名前		性別	男 ・ 女		
年齢	歳      ヶ月	体重	kg		

下記のあてはまる項目に✓をつけ、必要な内容を御記入下さい

- 初めての症状
- 前回の続き  
その症状の経過は     良い     変化なし     悪い
- 検査結果  
     アレルギー (    日 )     尿 (    )     その他の結果 (    )

今日の症状はいかがですか？✓をつけて下さい

- 発熱    いつから (    )    最高 (    )°C    現在 (    )°C
- 咳    いつから (    )    程度は     強い     中     弱い  
いつですか     朝     昼     夜     一日中
- 鼻水    いつから (    )
- 鼻づまり    いつから (    )
- 下痢    いつから (    )    便の色 (    )    回数 (    )/日
- 嘔吐    いつから (    )    回数 (    )/日
- 吐き気    いつから (    )
- 腹痛    いつから (    )
- 発疹    いつから (    )    部位 (    )
- その他 (    )     症状     検査
- 現在、ご家族や学校等で下記の病気にかかっている方がいますか  
     おたふくかせ     水ぼうそう     インフルエンザ     その他 (    )

全身状態はいかがですか？✓をつけて下さい

- ・ 食欲     あり     ふつう     なし
- ・ 機嫌     良い     ふつう     悪い

※ ほかに服用されているお薬があれば教えてください